

SRE-C-24-06-0651

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Up - Life & Skills

APPLICATION No.

आवेदन क्रमांक

S10624/0245

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

13-06-2024

NAME OF APPLICANT

आवेदक का नाम

Mrs. Akila

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

66

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Akhatar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

house no. 2427, Moh. Jogiyan,
Nakul, Sahasrampur,
Uttar Pradesh - 247342

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

same as above

PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Akila (0245)

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No.

पैन नंबर

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

Yes

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1)	Jahid	35	M	Son
2)	Vazir	30	M	Son
3)	Sanima	32	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता को लिये आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एड्स एनएस सीटिफिकेट का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - Pseudophacic
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rescission/revocation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I warrant/confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount that Koshika Foundation assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता का वादा है तो मेरी सहायक निरास हो जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में पता चला है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, अब यदि कोई अधिक या अधिक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त किया है और यही योग्य नहीं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature in thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & details to produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) Applicant further agrees that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस करार पर अपने नाम/पता या अन्य कोई छद्म सहमत, मैं (आवेदक) अपनी छवि/पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" अपने पत्रों, पत्र, सूचनाओं द्वारा इन्हें सच में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायक से इच्छित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रयास का विवरण मेरे द्वारा की गले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छवि और विवरण जो कि सहायक के प्रस्तावों में प्रस्तुत हैं, सहायक का उपयोग नहीं प्रकाशित। इस सम्बंध में "कोशिका" अपने पत्रों/पत्रों का निर्देश अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की छवि

 p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing (signature) signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are availing to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation expressly states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हम (हस्पताल) द्वारा हमारे अधिकृत हस्ताक्षर/सहमतियों को "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी और सहायक से मिली अन्य सहायक से उक्त रोगी/रोगी के लिए या रोगी के लिए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से, सिफारिश/सिफारिश। उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक सिफारिश अधिकृत/सहायक हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर सहायक द्वारा दी गई सहायक या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या अधिकृत इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery (ऑपरेशन की तारीख) 13-06-2024	Dr. Ramandeep Kaur DMC No.-50985 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजकर्ता का रजि. नं.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Stamp of authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	